

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy-Émile DUTEIL

Né le 2 juin 1912, à Limoges (Haute-Vienne)

LES LUXATIONS
TRAUMATIQUES POSTÉRIEURES
RÉCENTES DE L'ÉPAULE
(A PROPOS D'UN CAS PERSONNEL)

Président : M. MATHIEU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy-Émile DUTEIL

Né le 2 juin 1912, à Limoges (Haute-Vienne)

LES LUXATIONS
TRAUMATIQUES POSTÉRIEURES
RÉCENTES DE L'ÉPAULE
(A PROPOS D'UN CAS PERSONNEL)

Président : M. MATHIEU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	GUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZA D.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . . . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	} Clinique obstétricale.
ÉCALLE.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL MATHIEU

Professeur de Clinique chirurgicale Orthopédique de l'adulte

*Pour le grand honneur qu'il nous fait,
en voulant bien accepter la présidence de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR OLIVIER MONOD

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien à la Fondation Marmottan

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse, et nous apporter son aide
précieuse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE CAEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR DESBOUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine

*En reconnaissance de son enseignement,
de ses conseils, de toutes les marques de
bienveillante sympathie qu'il nous a ac-
cordé.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUIBÉ

Directeur Honoraire de l'Ecole de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIGOT

Professeur de Clinique Médicale

MONSIEUR LE DOCTEUR MAUGEAIS

Chirurgien de l'Hôpital de Caen

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAPERON

Professeur d'Anatomie

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MORICE

Professeur de Pathologie chirurgicale

*Nous avons envers lui plus d'une dette
de reconnaissance : notamment, celle
d'avoir accepté notre modeste collabora-
tion et d'avoir grandement contribué à
notre formation.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

MONSIEUR LE DOCTEUR SORREL

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACROIX

Chirurgien à Villejuif

En hommage de gratitude.

A MES CAMARADES, A MES AMIS

LES LUXATIONS TRAUMATIQUES POSTÉRIEURES RÉCENTES DE L'ÉPAULE

Historique.

A propos d'un cas de luxation traumatique postérieure de l'articulation scapulo-humérale que nous avons observé, à la fondation Marmottan, avec le Dr Olivier Monod, nous avons consulté la littérature existant à ce sujet.

Nous avons remarqué que les publications sont peu nombreuses ; cette variété de luxation étant relativement rare : sa fréquence vis-à-vis de la luxation antérieure de la tête humérale a été évalué à moins de 2 %. Cela confirme ce qu'écrivait Auguste Vidal dans son *Traité de Pathologie externe* : « La variété incomparablement la plus fréquente, c'est celle qu'on appelait en bas, en dedans, dans l'aisselle, *in alis* (Hippocrate) ; tandis qu'une pratique de trente ans dans un grand hôpital pourrait ne jamais vous fournir l'occasion d'observer la luxation en arrière ou dans la fosse sous-épineuse ».

Piel, dans sa thèse (Strasbourg, 1851), a fait une étude d'ensemble sur les luxations postérieures de

l'épaule ; il en rapporte 20 cas dont 16 sont des luxations traumatiques.

Malgaigne, en 1855, décrit la luxation sous-acromiale ; il en rapporte 37 cas, dont 3 inédits et 34 tirés des publications de son époque. Parmi ces cas on note : que la première observation date de 1804 ; que 5 cas concernent des femmes ; que 15 cas sont des luxations récidivantes (8 cas paraissant être dus à la contraction musculaire et 7 cas produits au cours de crise d'épilepsie), les autres étant des luxations traumatiques.

Tillaux a également signalé des cas qu'il a observés : l'un produit par un violent mouvement de torsion ; l'autre était un jeune homme qui se luxait l'épaule à volonté (luxation récidivante).

En 1902, Mynter rapporte 2 cas de luxations récidivantes : l'un dû à une crise d'épilepsie ; l'autre à la contraction musculaire après une trop grande dose de camphre.

En 1905, Moullin et Keith racontent un cas de luxation en arrière, causé par l'action musculaire, dans un geste violent du bras porté en arrière, au cours d'une partie de tennis.

Enfin, citons parmi les documents récents et scientifiques les plus utilisables :

Babini qui publie 5 cas de luxations postérieures traumatiques dans *Polinclinico* du 28 avril 1930.

Caraven, en 1931, rapporte également un cas de luxation sous-acromiale postérieure résultant d'une chute en motocyclette.

Thomas, en 1937, rapporte sept observations de luxations postérieures : trois sont traumatiques.

Rocher : qui tout récemment dans *Bordeaux chirurgical* (avril 1939) publie un cas de luxation traumatique.

Nous allons faire porter notre étude sur ces luxations postérieures traumatiques qui sont beaucoup plus fréquentes que les luxations postérieures récidivantes.

Étude étiologique et anatomo-pathologique.

Étiologie.

Il s'agit d'une luxation très rare ; nous n'avons pu en réunir que trente observations, dont cinq sont des luxations anciennes.

D'après notre documentation, nous pouvons dire qu'elle est plus fréquente chez l'homme (25 cas) que chez la femme (5 cas) parce que, pour se produire, elle nécessite en général, un traumatisme violent.

Les traumatismes sont variés et souvent difficile à préciser. Cependant, nous avons observé que, pour que la luxation se produise, il faut une violence extérieure agissant, soit directement sur le moignon de l'épaule d'avant en arrière (coups, chutes), soit indirectement (chutes sur le coude, torsion du bras en dedans). Dans notre observation personnelle notamment, la luxation s'est constituée par un mouvement brusque de torsion du bras droit, en rotation interne.

Anatomie pathologique.

C'est Loreta qui le premier a démontré, par ses expériences sur le cadavre, le mécanisme de la luxation postérieure.

Il a démontré que celle-ci pouvait se produire de deux manières différentes :

a) Dans un premier cas, on produit d'abord une luxation antérieure, puis on fait accomplir au bras un mouvement de circumduction de haut en bas et de dehors en dedans, de façon que la tête humérale tourne autour du bord inférieur de la cavité glénoïde et aille se placer en arrière, au-dessous de l'acromion. Pendant cette rotation d'avant en arrière, la tête humérale passe sous la longue portion du triceps qu'elle déchire généralement, ainsi qu'une partie du grand rond.

Cette luxation postérieure secondaire à une luxation antérieure, a été observée : Jössel a trouvé la déchirure capsulaire dans sa portion antérieure.

b) Dans le deuxième cas, Loreta a produit la luxation postérieure directement. C'est d'ailleurs le mécanisme le plus fréquent.

Le bras placé à angle droit sur le tronc, l'avant-bras à angle droit en flexion sur le bras, on fait accomplir à l'humérus un mouvement de rotation interne sur son axe et on le dirige fortement d'avant en arrière.

On obtient une luxation postérieure. Mais dans

cette éventualité il n'y a aucune désinsertion tendineuse ou musculaire, car la tête se fraye un passage entre le petit et le grand rond. Il y a déchirure postérieure de la capsule.

Cependant Malgaigne a montré qu'il existe des luxations postérieures intra-capsulaires, sans déchirure de la capsule, qui se sont produites par le décollement de la capsule avec le périoste. Il est probable que cette lésion accompagne la luxation postérieure récidivante, plutôt que la luxation postérieure traumatique.

D'après Nélaton, il existe deux variétés de luxation postérieure :

1^o **La variété sous-acromiale.** — Elle est de beaucoup la plus fréquente, parce qu'elle peut se luxer sans entraîner de déchirure étendue de la portion antéro-supérieure de la capsule.

Le mécanisme s'expliquerait de la façon suivante : le bras porté en avant et en abduction, imprime un mouvement de rotation forcée de dehors en dedans. La tête humérale glisse sur la cavité glénoïde ; sa sphère cartilagineuse distend la partie supéro-externe de la capsule, tandis que la partie antérieure du col anatomique au niveau du trochin vient buter contre le rebord glénoïdien antérieur. Si l'effort continue, l'épiphyse humérale, ainsi arrêtée par le cran glénoïdien, prend point d'appui sur lui, et la sphère cartilagineuse distendant de plus en plus la partie postérieure de la capsule en amène la déchirure. La tête

articulaire s'échappe alors vers la fosse sous-épineuse.

Mais la tête humérale se trouve arrêtée dans son trajet postérieur par la portion antérieure de la capsule demeurée intacte. Et la partie antérieure du col anatomique est venue s'engrener sur le bord postérieur du bourrelet glénoïdien.

La tête humérale se trouve ainsi maintenue dans sa position anormale par la contraction énergique des muscles péri-articulaires.

2^o Variété sous-épineuse — C'est le deuxième degré de la luxation en arrière. Elle est exceptionnelle, elle nécessite un traumatisme d'une rare violence. Elle s'accompagne en général, d'une fracture de l'omoplate, de l'épine de cet os ou de fracture de côtes. Les muscles sous-scapulaires, sus et sous-épineux, petit rond, sont déchirés et la capsule est détachée sur presque toute sa périphérie.

La tête est sous l'épine de l'omoplate. Elle a pu d'autant mieux se porter en arrière, que dans ce cas, les muscles et les ligaments antérieurs ont perdu leur point d'attache sur elle.

3^o Enfin, nous pourrions distinguer une troisième variété : la *subluxation postérieure* (observation de Costantini et Curtillet).

Dans ces cas, un des points de la tête humérale est encore en contact avec un point de la cavité glénoïde. Peut-être, peut-on la rapprocher des luxations postérieures intra-capsulaires, sans déchirure de la capsule, décrite par Malgaigne.

Etude clinique. Traitement.

L'examen montre :

L'attitude du membre traumatisé qui, le plus souvent est pendant le long du corps, en adduction et en forte rotation interne, l'épithrochlée regardant en arrière.

Dans notre observation, le bras était en abduction à 30° environ et en rotation interne accusée.

A l'inspection de face, souvent aucune déformation apparente, l'épaule du côté traumatisée paraît être identique à l'autre épaule; dans d'autres cas au contraire, on a signalé un aplatissement du moignon de l'épaule par l'entraînement en arrière des muscles deltoïde et grand dorsal. Et, en ce qui concerne notre cas, on notait une dépression très nette sous la pointe de l'acromion.

De profil, on aperçoit en arrière et en dessous de l'acromion une tuméfaction considérable, anormale, au niveau de laquelle les tissus paraissent tendus. Dans l'ensemble, l'épaule paraît élargie.

A la palpation, contrairement à ce que nous trouvons dans une épaule normale, on tombe en avant de l'épaule traumatisée, sur une dépression sous-acromiale, et le doigt qui explore ce creux arrive à sentir

très fortement la coracoïde et à reconnaître un vide entre cette apophyse et l'acromion. Dans notre observation, la palpation montrait une très nette dépression sous la moitié antérieure du bord externe de l'acromion, et le doigt pénétrait à travers le deltoïde dans la cavité glénoïde dont le bord antérieur et même la face externe étaient palpables.

En arrière au contraire, sur la partie postérieure du bord externe de l'acromion et en arrière de lui, les doigts reconnaissent la tuméfaction, qui présente un relief arrondi, dur, débordant nettement l'angle postérieur de l'acromion. Et si on essaie avec grande précaution, à provoquer divers mouvements de l'humérus, on sent que cette saillie acromiale est mobilisée : elle roule sous les doigts.

Quant aux mouvements du bras, en nous reportant à notre cas, nous pouvons affirmer qu'ils sont presque impossibles : il existe une importance fonctionnelle presque totale, exagérée par la douleur vive et permanente, ressentie par le sujet.

Cependant quelques mouvements passifs ont été obtenus au prix de douleurs vives : mouvement d'abduction du membre, de flexion et extension de l'avant-bras ; propulsion légère du bras.

Il y a intégrité du plexus brachial : nous n'avons pas trouvé de cas où le nerf circonflexe ait été atteint. Mais comme dans toute luxation de l'épaule, il sera bon, avant de commencer toute manœuvre de réduction, de s'assurer de son intégrité.

En outre, on trouve quelquefois, surtout dans les

heures qui suivent la luxation, une tuméfaction œdémateuse plus ou moins étendue qui peut rendre l'examen clinique plus difficile ; des ecchymoses ; un léger engourdissement ou une certaine insensibilité. Tous ces signes semblent plutôt provoqués par l'agent traumatique que par la luxation elle-même.

RADIO. — La radiographie n'est pas toujours indispensable pour faire le diagnostic (notre cas en est un exemple, ainsi que les autres cas publiés avant l'existence de la radio). Mais elle est un complément d'examen précieux pour confirmer le diagnostic et s'assurer de l'intégrité des surfaces osseuses.

Nous devons signaler qu'il est indispensable de faire non seulement un cliché de face, mais aussi un film de profil ; et que tout l'effort doit porter à obtenir un bon cliché de profil de l'articulation : « la plaque placée dans l'aisselle le rayon incident tombant verticalement sur la voûte acromiale, et le bras étant porté en abduction à 45°. Il est possible ainsi de voir nettement la saillie de la tête, en arrière de la cavité glénoïde, chose qu'il est impossible d'affirmer sur un cliché de face. » (Rocher dans *Bordeaux chirurgical*, avril 1939).

Dans notre cas, nous avons procédé de la façon suivante :

La malade était en décubitus dorsal, la plaque au dessus de l'épaule, l'ampoule à un mètre environ de l'aisselle, le rayon se dirigeant vers le creux de l'aisselle et l'acromion (voir figures 1 à 4).

Si nous nous permettons d'insister sur un bon

cliché de profil, c'est que nous avons retenu un cas où le radiographe, devant l'intégrité des surfaces osseuses avait conclu à une épaule normale, alors qu'il s'agissait d'une luxation postérieure sous acromiale. (Rocher, *Bordeaux chirurgical*, avril 1939).

COMPLICATIONS. — Les luxations postérieures traumatiques de l'épaule sont rarement compliquées. Nous devons citer cependant la fracture des extrémités articulaires (obs. n^{os} 14-26).

FORMES CLINIQUES. — Nous pouvons distinguer :

1^o D'après la date d'apparition :

Les luxations traumatiques postérieures récentes.

Les luxations traumatiques postérieures anciennes.

2^o D'après la variété :

Les luxations traumatiques postérieures sous-acromiales.

Les luxations traumatiques postérieures sous-épineuses (exceptionnelles).

Les sub-luxations traumatiques postérieures (à réduction très facile, souvent spontanée. Cette variété de luxations est plutôt une luxation récidivante).

DIAGNOSTIC. — Les affections qui pourraient être confondues avec les luxations postérieures de l'épaule sont :

La contusion, l'entorse de l'épaule, la paralysie du deltoïde, enfin la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Mais en nous reportant toujours au cas que nous avons observé, il nous paraît bien difficile de commettre pareille erreur, après un examen clinique de l'épaule, méthodique et minutieux.

La tuméfaction sous-acromiale, qui suit les mouvements imprimés au bras, la dépression antérieure, et la déshabitation de la glène sont les signes évidents de la luxation postérieure.

TRAITEMENT. — Dans les luxations traumatiques postérieures récentes et même anciennes (cf. cas de Sédillot, obs. n° 29), il n'y a pas d'exemple que la réduction n'ait pas été obtenue par manœuvres externes. Cette réduction est en général facile : le coude est élevé afin d'abaisser la tête humérale et d'éviter de l'arc-bouter contre le bord postérieur de l'acromion. On opère une traction en avant de l'extrémité supérieure de l'humérus, vers le centre de la cavité glénoïde ; l'extension du bras porte sur le coude, l'avant-bras restant fléchi, puis contre-extension sur le tronc. La coaptation est faite par le chirurgien (clinique de M. Sédillot).

Toutefois, même sous anesthésie locale la réduction peut être impossible (notre cas en est un exemple) ; l'anesthésie générale peut devenir nécessaire pour obtenir un relâchement complet de tous les muscles de l'épaule.

Observations.

Nous rapportons dans ce chapitre, en premier lieu notre observation personnelle, puis les observations de luxations postérieures trouvées dans la littérature, qui sont *uniquement traumatiques*. Nous avons laissé de côté celles dont la cause traumatique n'était pas nettement déterminée, ainsi que les luxations récidivantes.

OBSERVATION I.

(Nous avons eu l'avantage d'observer ce cas personnel de luxation traumatique postérieure sous-acromiale en présence de M. le Dr Olivier Monod à l'hôpital Marmottan.)

Mme C..., âgée de 65 ans, en voulant descendre d'un taxi, tendit le bras droit, l'avant-bras en pronation, à la personne qui l'accompagnait. Cette personne exerça une traction modérée mais brusque sur le bras, et, semble-t-il en porte-à-faux ; au cours de cette manœuvre Mme C... ressentit brusquement, alors qu'elle posait le pied à terre, une douleur extrêmement violente au niveau de l'épaule droite. Devant

l'impossibilité de remuer le bras, et surtout à cause de la douleur ressentie, la blessée se laissa conduire d'urgence à l'hôpital Marmottan, le 5 mai 1939.

L'interrogatoire nous apprit que cette dame avait fait en outre une chute chez elle sur le parquet, quinze jours auparavant et sur tout le côté droit. Elle nous assura qu'à part un léger endolorissement, elle ne s'était ressentie de rien et qu'elle avait pu continuer ses occupations ménagères comme avant et sans aucune gêne.

Cette personne est de constitution assez forte et jouit d'une très bonne santé.

Examen : A l'inspection, on note que le bras droit est en abduction à 30° environ et en rotation interne. Aucun raccourcissement apparent.

De face, on aperçoit sous la pointe de l'acromion une dépression qui déborde sous la moitié externe de la clavicule, laissant deviner facilement la pointe de la caracoïde.

De profil l'épaule paraît élargie, avec présence d'une tuméfaction anormale sous et rétro-acromiale. A cet endroit, la peau est tendue.

A l'inspection du dos, le bord spinal de l'omoplate fait une très forte saillie en bas et en dehors (comme dans une scapula alata) ; l'angle inférieur est dévié en haut, en dedans, et fortement saillant sous la peau. Dans l'ensemble, l'omoplate semble avoir subi un mouvement de rotation autour de son axe vertical et s'est incliné en avant.

A la palpation, on tombe sur une dépression nette



FIG. 1. — Mme C., épaule droite (face)

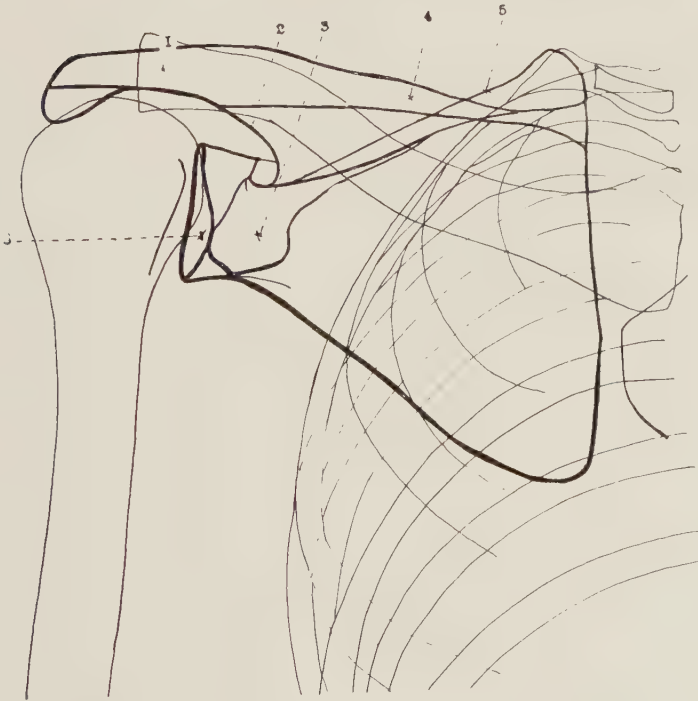


FIG. 2. — Mme C., épaule droite (schéma de face)

1. L'acromion
2. Bord externe de l'épine
3. La coracoïde
4. Bord postérieur de l'épine
5. Bord supérieur de l'omoplate
6. Cavité glénoïde

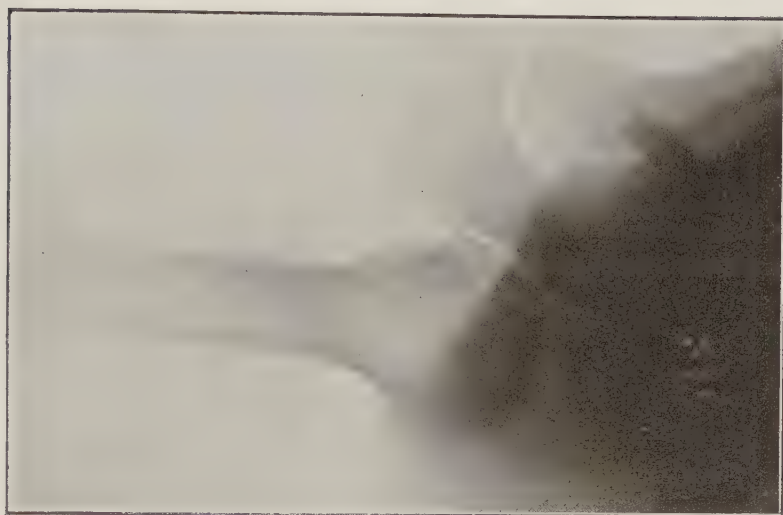


FIG. 3. — M^{me} C..., épaule droite (profil)

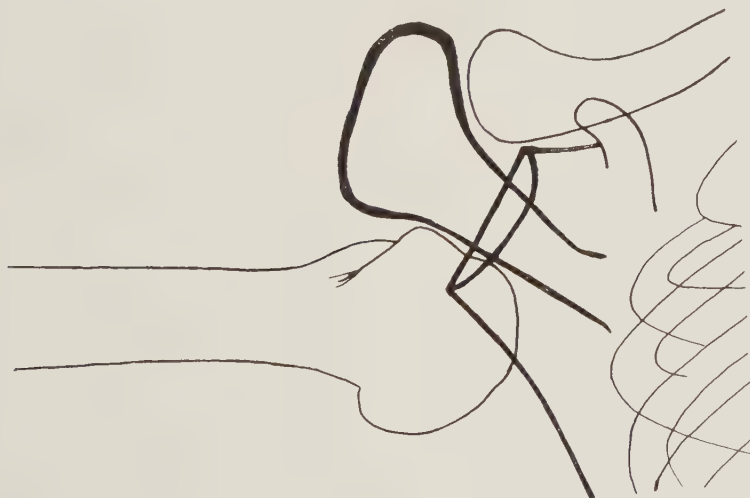


FIG. 4. — M^{me} C..., épaule droite (schéma de profil)

qui occupe la moitié antérieure du bord externe de l'acromion, et le doigt qui explore cette dépression pénètre à travers le deltoïde dans la cavité glénoïde, qui est vide et dont on palpe facilement le bord antérieur et même la face externe. On perçoit également très bien la caracoïde.

En arrière, au contraire, sur la partie postérieure du bord externe de l'acromion, et en arrière de lui, on reconnaît une tuméfaction, arrondie, dure, que l'on mobilise et sent rouler sous les doigts lorsqu'on imprime au bras quelques mouvements.

L'adduction complète du bras est impossible, par contre l'abduction est libre, et la rotation externe très limitée. On ne note aucune lésion nerveuse ou vasculaire.

Traitement : La première tentative de réduction a été faite quelques instants après l'arrivée de la malade à l'hôpital. Il n'y avait pas eu grand mérite à faire un diagnostic qui était évident. On fait plusieurs clichés radiographiques à titre documentaire et pour s'assurer de l'intégrité osseuse (voir figures I à IV). On pratiqua une anesthésie locale par infiltration de novocaïne (50 cm³ de novocaïne à 1 %) et lorsque l'analgésie des mouvements passifs fut obtenue, on tenta la réduction en combinant les mouvements de traction, de rotation externe et d'abduction.

Au bout de quelques minutes, il s'avéra que ces manœuvres étaient vaines ; on décida alors de poursuivre la tentative de réduction sous anesthésie générale et sur la table d'opération, en se préparant à

intervenir par voie sanglante au besoin. L'intervention fut donc différée jusqu'au lendemain matin.

Le 6 mai 1939 : anesthésie générale par voie intra-veineuse (8 cm³ de 1.771), la malade est en décubitus dorsal. Lorsque celle-ci fut en complet relâchement musculaire, un simple mouvement de traction avec élévation du bras à la verticale, suffit à obtenir la réduction avec claquement et disparition instantanée de la déformation.

Le réveil se produisit quelques minutes après ; immobilisation du bras dans une écharpe simple pendant neuf jours.

Le 10^e jour le bandage est enlevé, on commence alors des massages doux et on laisse la blessée faire une mobilisation progressive du bras.

Nous l'avons revue au 15^e jour, la récupération fonctionnelle était presque complète. Mais elle n'osait pas faire des mouvements de trop grande amplitude, par peur de voir se reproduire la luxation.

OBSERVATION 2 (Babini).

M. A..., 65 ans, est entré à l'hôpital le 14 juillet 1925, à la suite d'une chute de bicyclette survenue 16 jours auparavant. La partie antérieure de l'épaule droite fut traumatisée au sol avec une grande violence.

Examen. — On observe un aplatissement notable de la région deltoïdienne, particulièrement dans la partie antérieure. L'apophyse coracoïde se dessine très nettement. On observe sous l'acromion une dépression plus grande

que du côté opposé. Le bras est maintenu en abduction et en rotation interne. Tout mouvement est impossible, on peut seulement augmenter légèrement la rotation interne, l'avant-bras en pronation.

A la palpation, on constate la vacuité complète de la cavité glénoïde ; au-dessous de l'acromion et en arrière de la cavité glénoïde, on sent nettement la tête de l'humérus.

Diagnostic. — Luxation postérieure sous-acromiale de l'épaule.

Traitement. — On en obtient la réduction par la traction sur le bras légèrement élevé en abduction, accompagné d'une énergique rotation externe. Bandage d'immobilisation du bras pendant dix jours.

OBSERVATION 3 (Babini).

R... G., 48 ans, entré le 20 juillet 1925, a fait une chute où la partie antérieure du moignon de l'épaule a porté directement au sol.

Examen. — Le bras est légèrement éloigné du tronc, et en rotation interne marquée. Le profil de l'épaule est notablement altéré : le bord externe de l'acromion est nettement marqué, la tuméfaction sous-acromiale est fortement proéminente. Les mouvements sont abolis, sauf l'augmentation de la rotation interne existante.

La cavité glénoïde est vide. On palpe la tête humérale en arrière et sous l'acromion.

Diagnostic. — Luxation postérieure sous-acromiale de l'épaule.

Traitement. — Narcose ; chloroforme, éther. On obtient

la réduction en portant le bras en abduction et légère élévation, et en faisant accompagner la traction d'un mouvement de rotation externe. Immobilisation du bras en rotation externe.

OBSERVATION 4 (Babini).

P... L., 52 ans, admis à l'hôpital le 26 décembre 1929, chute directe de l'épaule gauche sur le sol.

Examen. — Région deltoïdienne gauche très aplatie, surmontée en haut par un bord qui se dessine nettement : l'acromion. A la palpation, la cavité glénoïde est vide, la tête humérale est en arrière et au-dessous de l'acromion.

Le bras est en abduction et en rotation interne, l'avant-bras en pronation.

Diagnostic. — Luxation postérieure sous-acromiale de l'épaule.

Traitement. — On obtient la réduction, le bras en abduction, une forte rotation externe, tandis qu'on fait une forte pression sur la tête humérale d'arrière en avant. Immobilisation avec bandage amidonné.

OBSERVATION 5 (Babini).

C... T., 85 ans, entrée en section le 24 décembre 1927, a glissé sur un terrain couvert de glace et a fait une chute sur l'épaule droite.

Examen. — Le bras est maintenu en légère abduction et en rotation interne. Tout mouvement d'élévation et d'abduction est impossible. L'axe du bras est dirigé en haut et en arrière de la cavité glénoïde. La région deltoïdienne

est limitée en haut par le bord net de l'acromion et de la clavicule. On remarque en arrière, immédiatement au-dessous de l'acromion, une tuméfaction qui est la tête humérale.

Diagnostic. — Luxation postérieure sous-acromiale de l'épaule droite.

Traitement. — Traction et rotation externe du bras, qu'on a mis le plus possible en abduction. On obtient ainsi facilement la réduction.

L'examen radiographique, fait aussitôt après la réduction, ne montre aucun signe de fracture au niveau des extrémités articulaires.

OBSERVATION 6 (Babini).

N. G..., 47 ans, entré le 13 juillet 1927, a fait une chute dans un fossé sur l'épaule gauche.

Examen. — Aplatissement notable de la région deltoïdienne, la région sous-acromiale est par contre saillante. L'épaule, vue de profil, semble élargie. Le bras est en abduction et rotation interne. La palpation provoque de la douleur, et on sent la tête humérale en arrière et en dehors de la cavité glénoïde.

Diagnostic. — Luxation postérieure sous-acromiale de l'épaule.

Traitement. — On réduit la luxation par traction en avant et rotation interne. L'examen radiographique fait après la réduction ne montre aucun signe de fracture des extrémités articulaires.

OBSERVATION 7

(Rocher, *Bordeaux chirurgical*, avril 1939.)

E..., 47 ans, cheminot.

Le 14 novembre 1937, chute de bicyclette sur l'épaule gauche, probablement sur la face externe du moignon.

Ce malade nous est adressé le lendemain, par son médecin le D^r Delplace, avec le diagnostic de luxation probable ou de fracture du col. Douleur très vive, impotence fonctionnelle, impossibilité de mouvoir l'épaule.

Le 16 novembre, une radiographie est pratiquée par le D^r Gaignerot. Le 17, à la lecture de la radiographie, nous portons le diagnostic de « luxation postérieure sous-acromiale ». La tête humérale est en rotation interne et se projette partiellement au-devant de la cavité glénoïde.

Le blessé entre dans notre Service d'orthopédie adulte, à l'Hôpital des Enfants.

Comme le démontre la photographie, la coracoïde fait une saillie anormale, due au recul de la tête humérale, qui fait saillie au-dessous de l'acromion. Les doigts, appliqués en dehors de la coracoïde, dépriment la région deltoïdienne antérieure, du fait de l'absence de la saillie normale de la tête humérale en avant. Les mouvements de rotation externe sont bloqués, l'abduction est limitée à 30 degrés, entraînant l'omoplate. Le bras est collé au tronc, en rotation interne. Pas de paralysie du nerf circonflexe.

Une radiographie de profil de l'articulation (plaque dans l'aisselle), le rayon incident tombant verticalement sur la voûte acromiale et le bras étant porté en abduction à 45 degrés, montre la saillie de la tête en arrière de la cavité glénoïde, mais n'en ayant pas perdu le contact, engrè-

nement probable du col chirurgical à sa partie antérieure, avec le bord postérieur de la glénoïde.

Le 18 novembre (quatrième jour), sous anesthésie générale et sous le contrôle radioscopique, réduction orthopédique de la luxation par la manœuvre de Lejars : exagération de la rotation interne, le bras étant porté en abduction ; traction en bas et sur le bras, poussée de la tête d'arrière en avant, réduction avec petit ressaut. La saillie de la tête humérale réapparaît en avant.

Pendant quatre jours, le bras est immobilisé contre le tronc, l'avant-bras étant porté dans le dos et fléchi, bandage au moyen de bandes ouatées gazeées. Cette attitude a pour but de fixer l'articulation en rotation externe, pour appliquer la tête contre la partie antérieure de la capsule, puis l'avant-bras est replacé en avant du thorax et l'immobilisation est continuée par écharpe de Mayor.

Le dixième jour après la réduction, petite écharpe permettant quelques mouvements antéro-postérieurs de l'épaule ; le quinzième jour, le bras est laissé libre ; deux mois après l'accident, reprise du travail, avec résultat fonctionnel et anatomique parfait.

Aujourd'hui 17 novembre, l'articulation a retrouvé son amplitude normale ; très minime limitation dans l'élévation du bras à la verticale. Pas d'arthrite résiduelle.

OBSERVATION 8 (D^r G. Peillon).

3 avril 1929, F. W..., 30 ans, agriculteur. *

Anamnèse : par temps variable l'accidenté conduisait des chevaux hersant un champ, vint une giboulée qui l'engagea à couvrir ses bêtes. Comme, regardant la tête du cheval de gauche (et se tenant dans la même direction que

lui) il jetait une couverture sur son dos, le bras droit élevé en abduction, le bras gauche amené en avant à hauteur du menton, plié au coude à angle droit (avant-bras horizontal) il reçut une ruade du cheval contre le côté droit de l'abdomen à hauteur du bord costal et tomba à gauche en arrière sur le champ mou.

Un temps très court, il resta étourdi, le souffle un peu coupé, puis se releva seul (aucun témoin) et voulut continuer le travail, alors seulement il s'aperçut qu'il ne pouvait soulever son bras gauche et rentra à la maison. Les premières heures l'abdomen lui fit mal, si bien qu'il se coucha pour faire des compresses, puis ces douleurs s'amendèrent tandis qu'augmentaient les douleurs de l'épaule. (Cette épaule a toujours été saine ; aucun accident antérieur.)

Examen : un rapide examen de l'abdomen et du côté droit du thorax ne décèle aucun traumatisme grave. Alors, je commande au patient de s'installer sur une chaise, face à la fenêtre. De la main droite il saisit l'avant-bras gauche et la place sur la cuisse.

Inspection : première inspection : déçu parce que je ne m'attendais à aucune luxation de l'épaule, or, de devant, le patient présente ses deux bras en position symétrique, cubitus sur fémur, l'abduction du bras droit — sain — plutôt plus accusée que celle du bras gauche ; cette dernière est d'environ 15°. La silhouette du muscle deltoïde paraît sensiblement la même des deux côtés, et tout son relief antérieur, à gauche, semble n'accuser aucune déformation notable.

Vue de côté : la déception diminue : le bras gauche frappe par son axe qui, en direction de l'épaule, se dirige trop en arrière. La vue de dos est frappante, à droite le dessin

normal d'une épaule, à gauche une tuméfaction considérable immédiatement sous le bord postérieur de l'acromion et la partie latérale de la *spina scapulae*. Cette tuméfaction a un sommet précis à partir duquel les tissus sont tendus dans toutes les directions.

Palpation : si, partant « d'en haut » on palpe une épaule normale pas trop grasse, on tombe en avant sur la tête humérale débordant considérablement l'acromion (+ extrémité clavicule), tandis qu'en arrière on a un creux accusé. Dans notre cas, à gauche, exactement l'inverse ; en arrière, descendant de l'acromion on tombe sur une proéminence osseuse (tête humérale) tandis qu'en avant on a un trou.

La palpation du dehors en dedans était moins convaincante (à cause du fort deltoïde). Dans l'aisselle on ne trouve rien et on pénètre assez bien sur la cavité glénoïde de l'omoplate.

Aucun signe pathologique de la part du plexus brachial.

Le diagnostic s'impose : luxation humérale postérieure sous-acromiale.

Pas de signes faisant supposer de traumatismes osseux accessoires.

Un contrôle radiographique le surlendemain confirme cette impression.

L'accidenté eut quelque peine à comprendre mon enthousiasme devant son traumatisme et fut d'avis que, vu ses douleurs, le plus pressé était de remettre l'os en place. Seulement mon expérience de la réduction de cette luxation était nulle, je n'en ai jamais vu une, ni comme étudiant, ni comme interne, ni dans la pratique.

Réduction. — 1^o Adduction du bras en amenant le coude un peu en avant, rotation du bras en dedans ; élévation,

sans traction dans l'axe, du bras en adduction. Aucun résultat ;

2^o Patient assis sur une chaise, tenant le dossier de la main saine (droite), le coude gauche plié à angle droit, je me place derrière lui et applique — d'abord sans pression le côté droit de la poitrine contre la tête humérale. Des deux mains je saisis l'avant-bras exactement dans son axe ; simultanément je fais de légères puis fortes rotations du bras en dehors et en dedans, tout en basculant le coude en arrière et en avant et pressant maintenant avec la poitrine contre la tête humérale. Tout d'un coup au cours d'une rotation *en dedans*, se produit le claquement bien connu qui arrache au malade un heureux « c'est dedans maintenant, je suis bien », l'épaule a repris sa forme normale.

OBSERVATION 9.

(Caraven S. Nat. de Chirurgie, 20 mai 1931).

Les luxations postérieures de l'épaule sont d'une extrême rareté, leur aspect radiologique est peu connu ; aussi je crois maintenant intéressant de publier le cas suivant que j'ai observé il y a quelques jours.

« Il s'agit d'un homme de 31 ans, exerçant la profession de boucher, très robuste, très musclé, qui était à motocyclette le 12 mai 1931, dans l'après-midi, lorsqu'il fit brusquement une chute ; il fut violemment projeté sur la route et on le retrouva dans un fossé. Il avait une fracture des 2 os de la jambe droite au 1/3 inférieur, mais il se plaignait plus vivement de l'épaule gauche. Celle-ci fut examinée par un médecin qui déclara qu'il n'y avait pas de lésions sérieuses et qui l'immobilisa avec une écharpe.

Vingt-quatre heures après, je vois le malade qui se plaint de souffrir beaucoup de l'épaule et qui ne peut pas faire le plus petit mouvement. Le bras est contre le thorax, la paume de la main à l'épigastre.

L'épaule, extrêmement musclée, n'est pas sensiblement déformée, mais le palper fait faire trois constatations importantes.

— Sous le bec de l'acromion, on ne sent pas la tête humérale, il y a une dépressibilité profonde, anormale, la tête humérale a quitté sa place normale.

— Sous l'angle de l'acromion, où se trouve normalement une zone dépressible il y a une saillie osseuse importante.

En arrière, quand on suit de dedans en dehors, le bord inférieur de l'épine de l'omoplate on est arrêté net avant d'atteindre l'angle de l'acromion par une saillie osseuse abrupte qui fait un angle droit sous l'épine de l'omoplate.

On constate avec difficulté, à cause du volume de l'épaule, que le bord postérieur de l'acromion n'est pas fracturé, et qu'il se continue par-dessus la saillie osseuse qui le déborde. En somme, épine de l'omoplate et grosse saillie osseuse sous et rétro-acromiale forment là un angle rentrant tout à fait anormal.

En raison des douleurs très vives, je ne mobilise pas l'humérus, pour étudier quelle influence aurait ses mouvements sur la saillie osseuse anormale, et chercher s'il y a de la crépitation.

Il ne pouvait s'agir que d'une lésion traumatique importante ou d'une *luxation postérieure de l'humérus* ou d'une *fracture du col anatomique avec luxation postérieure de la tête*.

Je fais immédiatement une radiographie, le rayon ver-

tical centré sur la tête supposée en place. Elle montre qu'il n'y a pas de fracture, mais que la tête humérale est en situation anormale. Sur le cliché, elle paraît avoir perdu tout contact avec l'omoplate; le bord interne de son ombre est séparé par une distance de 2 mm. environ de l'ombre du bord postérieur de la glène, alors que normalement l'ombre de la tête et celle de la glène se superposent largement.

L'absence de fracture et la position anormale de la tête, joints à l'examen clinique établissent avec certitude le diagnostic de luxation postérieure.

Je m'apprête à réduire, en refoulant la tête en avant et pour cela je demande au malade de s'asseoir, pendant qu'il exécute ce mouvement j'entends un claquement et le malade se sent soulagé; l'examen montre que la luxation s'est réduite, dès ce moment tous les mouvements sont possibles et indolores, y compris l'élévation du bras jusqu'à la verticale.

Une nouvelle radiographie que j'ai faite seulement par curiosité, montre que l'épaule a retrouvé son aspect normal.

La réduction s'est donc faite, sans qu'on ait propulsé la tête humérale. Il m'a semblé que le membre supérieur gros et lourd, qu'on ne soutenait pas est resté en arrière lorsque le malade s'est assis, le coude étant reporté en arrière, l'humérus fait levier et le point d'appui étant à la partie inférieure de la capsule, le bras du levier sous-jacent, c'est-à-dire la tête s'est reporté en avant, elle est rentrée dans la glène. Il semble que le mécanisme ait été indirect, un peu, mais en beaucoup plus simple, comme dans le procédé de Kocher.

Quel était le degré de cette luxation? *L'importance du*

déplacement postérieur de la tête m'a fait admettre qu'elle était complète, malgré la facilité relative de la réduction. Il me semble que la radiographie, qui ne peut être faite que de face chez les sujets trop gros, ne peut pas fournir sur ce point de renseignements précis.

OBSERVATION 10.

(MM. Costantini et F. Curtillet,
Soc. de Chirurgie d'Alger, mai 1931).

L'observation que nous rapportons concerne un individu de 45 ans qui se présenta à la consultation de la clinique chirurgicale avec l'épaule légèrement déformée et une impotence fonctionnelle.

Les signes de luxation étaient si peu évidents qu'on demande une radiographie, pensant à une fracture parcellaire.

Or, cette radiographie nous montra un déplacement de la tête humérale.

C'est à ce moment qu'ayant fait le diagnostic de luxation postérieure, nous pûmes constater les signes cliniques légers de déplacement de la tête en arrière.

La réduction se fit aisément par le procédé que l'un de nous a écrit en 1919 (procédé de traction par en bas).

Nous avons eu le sentiment très net que si la tête humérale regardait en arrière, c'est que le sillon antérieur du col anatomique s'était accroché au rebord postérieur de la cavité glénoïde.

Par des expériences faites à l'amphithéâtre d'Alger, l'un de nous, étudiant les luxations sous-acromiales des épileptiques (P. M., 1922) démontra la réalité de cet accro-

chage gléno-huméral qui bloque la tête de l'humérus laquelle regarde franchement en arrière.

Au reste, cet accrochage ne nécessite pas, comme nous l'avons montré, de grands dégâts anatomiques, par exemple la déchirure de la partie postérieure de la capsule articulaire.

OBSERVATION 11 (Costantini et Curtillet).

M. D..., facteur, de 45 ans environ, est envoyé le 15 mai à la consultation de la clinique par le Dr Laty de Rovigo.

La veille étant à bicyclette, marchant à une allure moyenne, il est tombé. Dans sa chute, il est tombé violemment en avant sur le coude gauche, sans que la position du bras au moment de la chute puisse être précisée d'avantage.

L'examen révèle une épaule un peu infiltrée et douloureuse, des mouvements du bras limités. On porte le diagnostic de contusion de l'épaule et l'on renvoie le malade.

Onze jours après, il nous est renvoyé par un médecin qui a posé le diagnostic de luxation postérieure de l'épaule. Un nouvel examen nous permet de reconnaître l'exactitude du diagnostic et l'erreur qui avait été commise quelques jours plus tôt.

Voici le résultat de l'examen de la deuxième visite le 26 mai :

Le blessé que nous faisons déshabiller devant nous, le fait avec difficulté, en gardant le bras collé au corps.

C'est un homme assez fort, présentant un embonpoint marqué.

L'inspection au premier coup d'œil montre un dessin normal de l'épaule. Il n'existe pas de déformation en

épaulette. Le profil externe acromio-delloïdien se dessine normalement arrondi.

Mais un examen attentif montre, malgré l'embonpoint du blessé et par comparaison avec l'épaule saine, que la saillie antérieure de l'épaule est effacée. Le relief osseux au niveau de l'articulation acromio-claviculaire est plus nettement visible que d'habitude et domine la zone effacée. Il existe une sorte de *déformation en épaulette antérieure*.

En arrière, une fois prévenu, on devine une saillie anormale des téguments en dessous de l'acromion.

La palpation confirme et complète ces données. Au-dessous de l'articulation acromio-claviculaire, le doigt tombe dans une dépression très marquée au fond de laquelle on peut sentir le bord antérieur de la glène déshabillée. En dessous d'elle on sent très bien la coracoïde.

En arrière, on vérifie le remplissage de la région sous-acromiale postérieure, par une masse volumineuse qui roule sous le doigt lors des mouvements du bras.

Les mouvements spontanés sont presque tous impossibles. Il ne persiste plus qu'un mouvement peu étendu d'avant en arrière.

La mobilisation passive est fort instructive. L'abduction et la rotation externe sont complètement impossibles. Les mouvements d'avant en arrière sont très limités.

Une radiographie montre que la tête qui se projette en rotation interne est plus externe et plus basse que normalement.

La réduction est immédiatement pratiquée. Sous-anesthésie générale au chlorure d'éthyle, on réduit par le procédé de traction dans l'axe. Le blessé est couché sur le dos, une alèze passée sous l'aisselle en sautoir est main-

tendue par un aide. On tire sur le bras dans l'axe en lui imprimant des mouvements de rotation. La réduction s'obtient rapidement au cours d'un mouvement de rotation externe.

OBSERVATION 12.

(*American Journal Roentgenologie*, juin 1937).

A. G..., homme, nous fut amené pour examen de l'épaule gauche le 14 juin 1927. Il accusa avoir fait une chute en jouant au tennis. Notre examen a démontré un déplacement sous-acromial postérieur de l'humérus avec une fracture de la face antérieure de la tête. Cette luxation fut réduite et un résultat fonctionnel parfait fut obtenu.

OBSERVATION 13.

(*London Medical, Gazette*, octobre 1938).

Catherine Sta..., âgée de 74 ans, entra à l'Hôpital de Middlesex, le 24 septembre 1933 pour une lésion du bras droit causée par une chute qu'elle venait de faire, une demi-heure auparavant, sur la partie antérieure de l'épaule.

Elle n'éprouvait aucune douleur, mais les mouvements du bras étaient impossibles.

La luxation fut facile à diagnostiquer. La tête de l'humérus était visible dans la fosse sous-épineuse, où l'on pouvait lui imprimer des mouvements de rotation. A la face antérieure de l'épaule, sous l'acromion, il y avait une dépression très marquée. Le bras pendait le long du tronc et n'était dirigé ni en avant, ni en arrière.

La réduction fut obtenue avec beaucoup de facilité.

OBSERVATION 14.

(Communiquée par M. Coley dans la thèse de Piel).

J..., âgé de 14 ans, fut jeté contre un arbre par un cheval emporté : l'humérus fut levé en arrière. La tumeur produite par la tête de l'os se voyait dans la direction de l'épine du scapulum et débordait en partie le niveau de cette éminence. L'apophyse acromiale était très saillante : au-dessous de cette apophyse, les téguments étaient plissés et présentaient une excavation. Je plaçai le bras dans l'extension et je lui fis exécuter un mouvement de rotation en dehors, puis l'élevant aussi haut que possible, je portais la tête de l'os déplacé, vers l'aisselle; alors, retenant l'os dans cette position et ayant donné avec précaution au membre la position horizontale je fis l'extension, aidé d'un autre chirurgien, et la réduction s'opéra facilement.

OBSERVATION 15.

(M. de Payen, chir. Hôtel-Dieu d'Orléans,

Bulletin des Sciences Phys. (Piel).

Un vigneron d'Orléans, âgé de 45 à 50 ans, fut conduit à l'hospice pour y être traité des suites d'une chute faite du haut d'un arbre. Le matin du jour de son arrivée, en recherchant quels en étaient les résultats, conjointement avec plusieurs élèves et en dirigeant mon attention sur l'*extrémité supérieure droite*, que le malade désignait comme le siège du mal, je remarquai que le bras, porté en avant et appliqué sur la poitrine, ne pouvait en être éloigné; mes tentatives pour y parvenir furent infructueuses et très douloureuses.

Je conçus dès lors l'idée d'une luxation ; mais je ne reconnus point les signes de cette affection décrits par les auteurs. La rotondité de l'épaule n'était que peu ou point altérée ; la partie antérieure seule paraissait très légèrement aplatie ; la saillie que présente toujours plus ou moins l'acromion dans les luxations connues de cette partie, n'avait nullement lieu.

Mes doigts portés dans le creux de l'aisselle n'y rencontrèrent point la tête de l'os, qu'on ne manque jamais d'y découvrir plus ou moins antérieurement dans ces cas ordinaires ; mais en poursuivant mes recherches, je la rencontrai à la partie supérieure et antérieure de la fosse sous-épineuse, entre le muscle sous-épineux, la longue portion du triceps et l'épine de l'omoplate.

La partie interne du col de l'humérus appuyée sur le bourrelet ligamenteux de la cavité glénoïdale, permettait à l'humérus de soutenir le deltoïde, et de conserver en grande partie la forme de l'épaule. Le silence des auteurs sur cette dernière position, ainsi que sur l'absence de la tête de l'os dans le creux de l'aisselle, l'opinion des plus modernes sur la position du bras, qu'ils croyaient devoir être écarté de la poitrine dans cette espèce de luxation sont autant de circonstances que j'ai cru devoir signaler. Les moyens de réduction que j'employai furent très simples. Deux aides, chargés de l'extension, saisirent le poignet, tandis que d'autres assujettissaient le tronc ; l'humérus, tiré d'abord dans le sens du déplacement, puis ramené par degrés à sa direction naturelle, rentra bientôt dans sa cavité.

OBSERVATION 16.

(Communiquée par M. Peny (Piel).

Un homme tomba de dessus l'impériale d'une voiture publique, le sommet de l'épaule gauche heurta contre une pierre qui faisait saillie. Il n'éprouva qu'une douleur peu vive : mais ne pouvant se servir de son bras il vint immédiatement à l'Hôpital. La tête de l'humérus était portée sur la face postérieure de l'omoplate, où elle formait une saillie considérable, derrière la cavité glénoïde et immédiatement au-dessous de l'épine de cet os. L'excavation située au-dessous de l'excavation de l'acromion n'était pas aussi marquée que dans la luxation de l'aisselle. Le bras était étroitement appliqué contre le corps et légèrement tourné en dedans : le coude était porté un peu en avant. Les mouvements étaient libres en avant et en arrière, mais le membre ne pouvait être élevé et porté au-devant de la poitrine qu'avec beaucoup de peine. La réduction fut facilement obtenue de la manière suivante :

L'omoplate étant fixée, l'extension fut pratiquée au moyen d'un lien placé autour du coude et maintenu pendant trois minutes, alors, voyant que la tête de l'os n'avait aucune tendance à rentrer dans sa cavité, quoiqu'elle fût déjà en contact avec la partie inférieure et postérieure de son rebord, je me servis de la main droite, appliquée dans l'aisselle comme point d'appui, et saisissant le coude avec ma main gauche, je parvins promptement à faire glisser la tête de l'humérus dans sa cavité articulaire.

OBSERVATION 17.

(De M. J. Demersage (Piel).

Pl..., vitrier, sourd depuis treize années, âgé de 70 ans, fut frappé, dans les premiers jours du mois de mai 1813, par le bout du brancard d'un cabriolet qui roulait avec rapidité ; ce qui le fit tomber, assis, les jambes allongées. Une des roues lui passa sur le milieu du dos et de l'épaule droite. Le tronc fut forcé, par le poids, à se pencher fortement à droite et l'épaule du même côté, à se rapprocher de terre, en même temps que le coude était porté en dedans ; tel est au moins ce que j'ai pu apercevoir pendant l'accident. Le malade étant transporté chez lui, où je l'accompagnai, mes premiers soins furent d'examiner les parties que je présumais être contuses. Après qu'il fut déshabillé, je trouvai effectivement tout le trajet qu'avait parcouru la roue fort ecchymosé ; le côté droit de la figure écorché avec une petite plaie au-dessus de l'orbite ; le coude du bras droit et la partie supérieure et postérieure de l'avant-bras aussi fortement contus, ainsi que le côté droit de la poitrine et particulièrement la mamelle. Le malade souffrait beaucoup, avait la tête penchée du côté affecté et cherchait à appuyer sur sa hanche, son coude qui se trouvait peu éloigné de la poitrine ; l'épaule était plus basse que celle du côté opposé ; le bras était dirigé obliquement en dedans et en avant, un peu plus long que celui du côté opposé, autant que j'ai pu le comparer, l'avant-bras à demi-fléchi avec impossibilité de l'étendre ; l'épaule ne me parut pas beaucoup déformée.

Mes doigts portés dans le creux de l'aisselle n'y rencontrèrent rien, mais promenés autour de l'épaule, ils y sen-

tirent bientôt en appuyant un peu, un léger enfoncement situé au-dessous de l'acromion qui n'était presque pas saillant, et, un peu plus en arrière, une assez grosse tumeur arrondie et dure formée par la tête de l'humérus située au-dessous et au milieu de l'épine de l'omoplate, sous le muscle sous-épineux. Le côté postérieur du deltoïde était fortement tendu, ainsi que les muscles de la partie antérieure du bras. Le malade voulant porter sa main au front, n'y parvint, non sans grandes douleurs, qu'en penchant la tête pour aller au-devant d'elle. Les mouvements douloureux en tous sens, mais assez faciles de l'abduction, étaient difficiles en avant et pour ainsi dire impossibles en arrière, ce qui fut la cause pour laquelle je ne pus comparer rigoureusement la longueur du bras. Tous ces signes réunis ne me laissèrent aucun doute sur l'existence et l'espèce de luxation. Je fis appeler M. Baffs qui, après avoir reconnu la luxation primitive de l'humérus en arrière, procéda à la réduction.

Le malade fut assis, sur une chaise, le côté sain contre le dossier, dont la traverse supérieure était sous l'aisselle, je me plaçais de côté et je passai, pour faire la contre-extension, mon bras droit derrière le dos du malade, pour appliquer la main sur la partie inférieure de l'omoplate, mon autre bras passé au-devant de la poitrine.

M. Baffs fit par degré l'extension, d'abord dans la direction qu'affectait le bras luxé, ensuite le porta dedans, en dehors, et d'avant en arrière. Au moment où la tête de l'humérus rentra dans sa cavité, on entendit tout à coup ce petit bruit qui se remarque dans toutes les réductions de luxations. Aussitôt la douleur tensive diminua, la tumeur disparut et les mouvements s'exécutèrent dans tous les sens.

Au bout d'un mois il était parfaitement rétabli.

OBSERVATION 18

(Astley Cooper, dans Piel).

Un homme vigoureux tomba sur l'épaule avec quelque violence. En se relevant il sentit son bras, fort douloureux et se trouvait incapable d'exécuter le moindre mouvement. M. Withaker son chirurgien, le vit immédiatement après l'accident, et reconnut que la tête de l'humérus était luxée en arrière. La rareté du fait l'engagea à me prier de voir le malade après lui. Je vis à mon arrivée un homme robuste assis sur son lit, souffrant beaucoup et se plaignant plus que ne le font d'ordinaire les malades dans cette espèce de luxation. Je pensai qu'il y avait une *fracture du col huméral*, d'autant qu'à ma première vue je ne sentis aucun creux sous le muscle du deltoïde, l'épaule ayant sa forme ronde accoutumée.

Examinant alors le malade de côté pour mieux apprécier l'état du membre, je reconnus facilement une difformité de l'épaule. La partie antérieure semblait souflée et la partie postérieure plus remplie que d'habitude. La tête de l'os se voyait et sentait facilement sur la partie postérieure du col de l'omoplate. Le coude pouvait être porté en dehors ou relevé à la hauteur de l'acromion. La rotation en dehors était complètement impossible, par suite de la tension du muscle sous-scapulaire, le moindre mouvement donnait lieu à une vive douleur.

Le malade la rapportait à la partie inférieure du muscle deltoïde dans la direction du nerf articulaire qui probablement était en souffrance par la pression de la tête de l'os.

Je fis asseoir cet homme sur une chaise et tandis qu'un

aide fixait l'omoplate, je portai le coude en haut et en arrière pour amener la tête de l'os en avant dans la cavité glénoïde. Le malade tomba en syncope, alors le plaçant sur le dos et fixant l'omoplate avec le talon porté dans l'aiselle, nous tirâmes le bras en bas, cette extension continuée pendant l'espace de deux à trois minutes suffit à opérer la réduction.

OBSERVATION 19

(*London Medical-Gazette*, juillet 1833.)

Luxation de l'humérus dans la fosse sous-épineuse. (Piel.)

Une femme âgée de 49 ans, peu robuste, cherchait à atteindre une boîte placée dans un lieu élevé, et avait par conséquent le bras étendu en haut et en avant, lorsque cette boîte glissa tout à coup sur la main qui se disposait à la retenir et tomba à terre ; la malade sentit son bras droit se relâcher et retomber sans force parallèlement au tronc : elle entra à l'hôpital de Middlesex le 4 juin 1833. La luxation était évidente ; la tête de l'humérus formait une tumeur distincte dans la fosse sous-épineuse ; en avant, au-dessous de l'acromion existait une dépression. Le bras était pendant le long du corps, comme celui du côté opposé et n'offrait point la direction en avant et en dehors, qui est mise au nombre des symptômes de cette luxation par quelques chirurgiens. On pouvait imprimer des mouvements de rotation, sensibles à la vue, à la tête déplacée. Pour obtenir la réduction, on fit asseoir la malade par terre, le côté gauche appuyant contre un mur, dans lequel était niché un anneau à la hauteur de son épaule ; le bandage destiné à maintenir immobiles le tronc et le scapulum était fixé à cet anneau.

Deux aides, saisissant les extrémités d'un drap placé

autour de l'extrémité supérieure du bras, pratiquèrent une extension dirigée en dehors, en avant et un peu en haut ; le chirurgien, placé derrière la malade, empêcha le scapulum de se porter en avant. Lorsque cette extension eut été soutenue pendant quelque temps, une traction plus énergique fit rentrer la tête de l'humérus dans sa cavité avec bruit.

OBSERVATION 20 (Piel).

Le 17 juin, Thomas Ald..., conduisant un veau au moyen d'une corde attachée à la jambe de cet animal fut renversé par lui. Voici quels étaient les symptômes de la luxation : il y avait une excavation au-dessous de l'acromion, la peau était plissée dans le même point ; le bras était en contact avec la partie latérale du tronc ; l'avant-bras était tourné en dedans et croisait obliquement en avant ; sur la face postérieure de l'omoplate et immédiatement au-dessous de l'épine de cet os, une tumeur présentant le volume d'une orange. Je pense que cette espèce de luxation est produite par les tractions que le grand rond et le très = large du dos exercent sur l'humérus, tandis que la tête de cet os est poussée violemment sur le rebord de la cavité glénoïde. Pour obtenir la réduction, je mis l'avant-bras dans une supination aussi prononcée que possible, portant en même temps tout le bras en haut, de manière à ce que la main se trouvât dirigée parallèlement à la colonne vertébrale et aussi haut qu'il était possible de l'élever au-dessus de la tête. Je parvins ainsi à faire tourner la tête de l'humérus en bas et en dedans, jusqu'à ce qu'elle reposât sur le bord antérieur du scapulum et qu'on la sentît en partie, dans l'aisselle. L'ayant ainsi ramenée autant que possible dans une position sem-

blable à celle de la luxation en bas, je portai avec soin le bras et l'avant-bras en bas et en arrière dans une direction horizontale, et en maintenant la tête de l'humérus dans la même position pendant tout le temps. Alors, l'extension étant faite, j'appuyai la main avec force sur l'acromion, et l'os fut facilement réduit. Le mouvement de rotation fut très douloureux et au moment où la tête de l'os franchissait le rebord de la cavité glénoïde, le malade éprouva une vive douleur et un bruit particulier se fit entendre.

OBSERVATION 21 (Piel).

M. Col..., âgé de 36 ans, d'une taille de six pieds et d'une force musculaire peu commune, montant un cheval qui s'abattit, fut jeté par-dessus la tête de l'animal.

Dans cette chute il se fit une luxation de l'humérus en arrière. S'étant adressé à un chirurgien de Windsor qui ne reconnut pas la luxation, il revint en chaise de poste chez lui où MM. Halon et Toulain le virent. L'épaule avait perdu sa rondeur naturelle, les mouvements du bras en haut et en dehors étaient très libres ; mais ceux en avant et en arrière étaient très limités. En plaçant le bras à angle droit avec le tronc, on voyait évidemment que le membre était sur un plan postérieur à la cavité glénoïde ; en plaçant la main sur la face postérieure du scapulum et en faisant tourner le bras on sentait la tête de l'humérus qui obéissait à ce mouvement. Pour réduire cette luxation, on fit la contre-extension et l'on maintint autant que possible, au moyen d'une large serviette, la partie du scapulum qui n'était pas occupée par la tête de l'humérus. Une extension graduelle du membre fut pratiquée directement en dehors et alors le bras étant lentement porté en

avant, on entendit la tête de l'os rentrer avec bruit dans sa cavité. L'extension ne dura pas plus de deux à trois minutes. Toutes les fonctions du membre étaient rétablies au bout d'un mois.

OBSERVATION 22.

(*Revue Médicale Française et étrangère*, 1850, dans Piel).

Le 23 juin 1849, Hilaire Del..., âgé de trente et quelques années, fortement constitué, était perché sur une charretée de foin qu'il venait de charger, lorsque celle-ci versa par l'appel d'un accident de terrain. Del... fut lancé à une assez grande distance, on alla de suite à son secours : il avait perdu connaissance. Quand il revint à lui, il s'aperçut que son bras droit était placé horizontalement au-devant de la partie supérieure et antérieure de la poitrine, sans qu'on put changer cette position. Le blessé souffrait beaucoup surtout quand il essayait de ramener son bras dans la position normale, ce qui faisait qu'il tenait son avant-bras fléchi à angle droit pour appliquer sa main sur le sommet de la tête qui lui servait de support ; malgré ses souffrances il reste encore quelques heures sur ce lieu sans demander d'autres secours.

Transporté chez lui où je fus appelé, je le trouvai couché sur son lit, dans lequel il avait beaucoup de peine à se remuer. Après l'avoir déshabillé je procédai à la recherche de la cause qui retenait son bras dans une position aussi insolite que je ne pouvais m'expliquer. Un creux que je remarquais sous la clavicule vers son extrémité externe et la saillie du bord de l'acromion fixèrent d'abord mon attention. Ayant porté mes doigts dans la cavité de l'aiselle, je n'y trouvai point la tête de l'humérus mais une

grosse tumeur que j'aperçus aussitôt dans la fosse sous-épineuse de l'omoplate me convainquit qu'il existait une luxation de l'humérus en arrière et en dehors.

Voulant ensuite procéder à sa réduction, je plaçais le milieu d'une longue serviette pliée sous l'aisselle, et ramenant les deux bouts devant et derrière la poitrine, je les fis tenir par un aide pour faire la contre-extension, tandis que, saisissant moi-même la partie inférieure du bras, je fis l'extension, pendant qu'un autre aide soutenait l'avant-bras et lui faisait suivre les mouvements que j'imprimais au reste du membre. J'obtins ainsi plus facilement que je ne m'y attendais la réduction de cette luxation. Le membre ayant été placé aussitôt dans sa position naturelle le long du corps, les douleurs du malade furent considérablement diminuées et l'épaule reprit sa forme normale. Le malade guérit complètement après plus d'un mois de repos absolu.

OBSERVATION 23 (rapportée par Piel).

Spir... Bailly, tenancier, âgé de 47 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 29 septembre 1807.

En travaillant à la démolition d'un égout le même jour, il était placé à 11 pieds de profondeur, une grande masse de terre se sépara de la partie supérieure de la fosse et tomba sur le côté gauche de ce malade, le renversa sur le côté droit, qui buta à terre, et sur la pince de fer dont il se servait. Il fut entièrement couvert de décombres et perdit connaissance, de sorte qu'il ne put se rendre compte de la position où il se trouvait au moment de sa chute.

L'humérus droit était luxé en arrière et en dehors.

La réduction se fit aisément à la deuxième tentative.

Le malade sortit, le 19 octobre, 20 jours après son entrée. Il éprouvait encore à cette époque un peu de gêne dans les mouvements du bras qui avait été luxé.

OBSERVATION 24.

Luxation en arrière compliquée de fracture de la cavité glénoïde, réduite 12 jours après l'accident par Janssens fils (*Gazette médicale de Paris*, 17 avril 1847).

M. le Dr J..., père, âgé de 58 ans, d'une complexion très frêle, fit le 17 février 1845 de sa hauteur une chute où le poids du corps porta sur le coude droit. Le bras de ce côté étant étendu et écarté du tronc. Il put se lever, ôter son paletot et se mettre au lit... Mais au bout de quelques minutes en voulant se tourner il éprouva dans l'articulation de l'épaule, un sentiment de déplacement des rapports articulaires comme si l'épaule n'avait pas suivi le mouvement imprimé au reste du corps. Un médecin qui fut mandé constate que l'épaule avait sa rondeur normale ; il n'y avait ni saillie de l'acromion, ni vide au-dessous ; l'aisselle était libre et sans tumeur, le coude rapproché du corps, l'axe du bras non dévié. Le blessé pouvait porter le membre en avant et même en dehors à la distance d'un pied du tronc ; mais il lui était impossible de porter la main au front ou de faire un mouvement de rotation de l'humérus. *Les mouvements imprimés ne produisaient ni douleur, ni crépitation.* Le médecin se fondant sur ce que le malade avait pu quitter son paletot, diagnostiqua une contusion de l'épaule et M. Janssens fils partagea son avis. Des sangsues furent appliquées mais sans amener aucun soulagement.

Douze jours s'étaient écoulés, les souffrances avaient di-

minué, mais le membre restait sans mouvement, le coude appliqué au tronc et la main en pronation, lorsque M. de Mayer visita le malade.

En comparant les deux épaules, il annonça qu'il existait un déplacement des surfaces articulaires.

Effectivement le blessé reconnut lui-même qu'une tumeur arondie était logée dans la fosse sous-épineuse et que l'apophyse coracoïde de ce côté faisait saillie considérable. On remarqua aussi que la partie antérieure du moignon de l'épaule droite, était aplatie ; que l'axe du membre, comparé à l'autre était dirigé de bas en haut, de dehors en dedans et légèrement d'avant en arrière.

Le diagnostic d'une luxation sous-épineuse étant porté, on procéda immédiatement à la réduction, qui fut obtenue en moins d'une minute, en tirant le membre en bas et en avant, mais à peine fut-il abandonné à lui-même que le déplacement se reproduisit aussitôt en faisant entendre un bruit de crépitation manifeste pour tous les assistants.

On examina l'omoplate et M. de Meyer trouva vers le col de cet os une mobilité insolite qui fit croire à l'existence d'une fracture soit de la cavité glénoïde, soit de la totalité du col, on réduisit de nouveau en pressant d'une main sur la tête de l'os sorti de sa cavité, et en faisant en même temps des tractions sur le bras au-dessus du coude. On appliqua immédiatement l'appareil de Desault pour la fracture de la clavicule, en ayant soin de placer dans la fosse épineuse une épaisse compresse. Deux jours après l'appareil fut ôté et M. de Meyer reconnut que les parties avaient conservé leurs rapports respectifs. On substitua à l'appareil de Desault un bandage amidonné qui resta appliqué pendant quarante-deux jours.

OBSERVATION 25.

(Observ. d'Astley Cooper, reproduite par Piel).

M. de L... eut une querelle. Son antagoniste, le poussant violemment, lui luxa l'humérus en arrière. Il consulta le chirurgien du lieu au moment de l'accident ; celui-ci lui conseilla d'aller à Londres prendre l'avis d'un chirurgien d'Hôpital. Il suivit son conseil seize jours après l'accident seulement. Le chirurgien auquel il s'adressa fit d'inutiles et de violents efforts pour opérer la réduction. Je vis le malade le vingt-troisième jour ; la nature de l'accident était facile à reconnaître, car la projection de la tête de l'os pouvait être facilement appréciée ; lorsqu'on imprimait au coude des mouvements de rotation on sentait la tête humérale rouler sur le dos du scapulum. Le malade se trouvant chez moi je n'avais rien à ma disposition pour faire convenablement l'extension ; mais je le fis asseoir sur une chaise, et lui fléchissant le coude à angle droit, j'élevais son bras en le portant derrière le cou, de manière à faire croiser la main sur la nuque vers l'épaule du côté opposé ; poussant alors avec force le coude en arrière et pressant sur la tête de l'os, je le poussai sur le bord inférieur de l'omoplate ; il rentra instantanément dans la cavité glénoïde.

Luxations traumatiques postérieures anciennes.

OBSERVATION 26 (Piel).

Str... Sophie, née à Seltz, âgée de 60 ans, profession de jardinière, entrée le 9 mai dans le Service de clinique chi-

rurgicale de la Faculté de Strasbourg, sortie le 4 juin 1851.

Au commencement du mois de mars, le mari de cette femme dans une altereation la saisit par le bras et le lui tordit violemment. S'étant aperçue que tout mouvement un peu étendu était devenu impossible dans le membre supérieur droit, elle consulta un médecin qui lui conseilla divers remèdes et, plus tard reconnut l'existence d'une luxation dont les causes et l'époque ne purent être parfaitement déterminées en raison de la divergence des explications de la malade.

Celle-ci se présenta à la Clinique le 9 mai, *douze semaines après sa luxation*, comme une enquête spéciale poursuivie auprès de M. le Maire d'Obernay permit de le constater.

Etat général bon, quelques céphalalgies chroniques, un peu d'originalité et de vivacité dans le langage, elle se dit sujette à des attaques d'épilepsie.

Etat de l'épaule : on voit au premier coup d'œil que le moignon est déformé, le deltoïde est fortement aplati, la saillie de l'acromion est très marquée, sous la peau et l'apophyse coracoïde est très proéminente. Sous l'acromion il y a une dépression, au lieu que dans la fosse sous-épineuse il y a une saillie que l'on reconnaît parfaitement être la tête de l'humérus. Le bras est dirigé en avant, l'avant-bras fléchi, sur le bras qui est dans la rotation en dedans ; le mouvement d'abduction est complètement .
aboli, celui d'adduction est exagéré, point de rotation possible. Le moindre mouvement imprimé au membre est douloureux.

Voici les mesures comparatives prises sur le membre malade et le membre sain.

	Membre sain	Membre malade
1 ^o De l'acromion à l'épicondyle.....	0,30	0,27
2 ^o Du sommet du sternum à l'épicondyle, les bras croisés sur la poitrine.....	0,31	0,27
3 ^o De l'apophyse coracoïde au bord antérieur de l'aisselle.....	0,40	0,08
4 ^o Circonférence de l'épaule.....	0,37	0,40
5 ^o De l'apophyse épineuse de D ₃ au sommet de l'humérus.....	0,21	0,19
6 ^o De la racine de ligne épineuse au bord posté- rieur de l'aisselle.....	0,15	0,16
7 ^o De l'apophyse coracoïde à la racine épineuse.	0,25	0,25
8 ^o De l'apophyse épineuse de D ₆ au milieu du sternum.....	0,49	0,48
9 ^o De l'acromion à l'olécrane le bras tendu contre le tronc.....	0,30	0,30
10 ^o De l'acromion à l'olécrane, le coude porté en avant, le bras écarté du tronc.....	0,35	0,30
11 ^o Circonférence de l'épaule autour de l'em- preinte deltoïdienne.....	0,20	0,18
12 ^o Atrophie.		

A la simple inspection M. le Professeur Sédillot, diagnostiqua une luxation sous-acromio-épineuse : il fixe la tentative de réduction au 13 mai. On prescrit des bains, cataplasmes en permanence. Le 13 mai, après avoir anésthésié la malade la luxation fut réduite en présence des élèves de la clinique et des D^{rs} Wieger, Michel, Bolu, Kaula, Fouquet, Gros de Moscou. Les tractions furent portées à 110 kgr. sans que le nouvel appareil employé pour assujettir les moyens d'extension se fût dérangé ou ait aucunement fatigué le bras garni par précaution d'une bande de flanelle. La réduction ne se fit pas sans peine.

La tête arrivée au niveau de la cavité glénoïde n'y rentrait pas. Il fallut porter avec force le bras dans la rotation en dehors et en haut, pendant que l'on suspendait les tractions avec les poulies. La luxation réduite, l'on put faire exécuter au membre tous les mouvements normaux, on entendait une crépitation très distincte qui fit un instant redouter l'existence d'une fracture du col ou de quelques fragments du scapulum entraînés par la tête humérale.

M. Sédillot reconnut néanmoins que la crépitation dépendait d'une dénudation du bord postérieur de la cavité glénoïdale avec dénudation également partielle d'une portion de la tête de l'humérus. Cet os porté dans la rotation en dedans glissait en arrière en faisant entendre un fort craquement et se montrait au-dessous du bord postérieur de l'acromion. En élevant le coude et en lui imprimant une forte rotation en dehors, on ramenait la tête déplacée en avant de l'acromion, et on entendait très manifestement la crépitation résultant du frottement des deux surfaces osseuses dénudées.

M. Sédillot fit placer un coussinet sous l'aisselle, le bras fut rapproché du corps, l'avant-bras complètement fléchi, porté dans la plus grande supination possible et soutenu dans cette position par des tours de bande et des croisés du coude et de l'épaule.

L'appareil fut levé le sixième jour. La réduction se maintenant parfaitement, on enleva le coussin dont la pression avait déterminé quelques légères ampoules sur la face interne du bras. Le membre fut maintenu appliqué le long du corps, l'avant-bras toujours fléchi et en supination. Deux jours plus tard, on commença à faire exécuter ou plutôt à imprimer quelques mouvements. L'adduction

et l'abduction avaient un peu de mobilité, mais l'élévation était très bornée et dépendait d'un emplacement de l'omoplate en totalité.

Le 24 mai cet état persistant en raison de l'extrême indocilité et de la résistance de la malade, c'est à peine si M. Sédillot put placer la main sur la partie antérieure de la tête de la malade qui grinçait des dents et voulait mordre les Assistants.

M. Sédillot comptait recourir au chloroforme pour rétablir des mouvements d'élévation, mais la malade s'y opposa invinciblement et sur sa demande fut renvoyée dans ses foyers.

Il nous paraît probable que le membre replacé dans sa situation régulière, reprendra, spontanément et bien, sa première mobilité.

OBSERVATION 27.

Luxation de l'épaule en arrière (Extrait du mémoire lu à l'Académie des Sciences par le Dr Sédillot, Paris, 1834).

Gaut..., âgé de 41 ans, sujet bien portant et fort, se luxe l'os du bras, dans une lutte à laquelle avait donné lieu une hallucination qui le faisait se jeter sur les personnes qui l'entouraient lorsqu'il avait fait un rêve pénible. Un médecin appelé d'abord, croit à une fracture de l'omoplate. Application du bandage de Désault pour la fracture de la clavicule.

Le bandage est resté appliqué cinq semaines, abolissement de tous les mouvements du membre : vives douleurs aux moindres tentatives de flexion et d'élévation : frictions, embrocations et mouvements communiqués.

Voici quels étaient au bout de cinq mois et après un amaigrissement du membre les signes de la luxation : le relief du moignon de l'épaule avait disparu. Les bords de l'acromion se dessinaient nettement sous la peau et en avant et en dehors et, en enfonçant le doigt au-dessous de ces bords on trouvait une dépression profonde répondant à la cavité glénoïde. Quand la pression était plus forte, l'acromion devenait tellement saillant qu'il dépassait de plus d'un demi-pouce l'enfoncement produit au-dessous de lui.

Toute la face antérieure de l'épaule était aplatie et déformée : aucune saillie, aucune résistance n'indiquaient dans cette région la présence de la tête humérale, le doigt sentait à travers les téguments le bord interne de la cavité glénoïde : la luxation n'avait donc pas lieu en dedans.

En portant la main directement en haut dans le creux de l'aisselle, on ne rencontrait pas la tête de l'humérus et l'on distinguait l'extrémité inférieure de la cavité glénoïde.

Le bord antérieur de l'espace axillaire était beaucoup plus incliné en arrière que dans l'état normal, ce qui dépendait de la position de l'humérus, entraînant après lui les muscles deltoïde et grand pectoral.

La face postérieure de l'omoplate offrait, au-dessous de la moitié externe de l'épine, une éminence arrondie dépassant en arrière l'épine de plus d'un pouce, et se continuant manifestement dans la direction du bras. Celui-ci très incliné de haut en bas et d'arrière en avant, croisait obliquement la direction verticale du corps. En imprimant au membre de légers efforts de rotation, on les voyait se répéter dans la fosse sous-épineuse, et l'on sentait sous la main appuyée sur la saillie indiquée, la tête de

l'humérus qui jouait un peu sous les téguments et laissait même entendre un bruit de frottement très distinct.

Le bras, mesuré du sommet de l'olécrane au bord externe de l'acromion, était d'un pouce plus long que celui du côté opposé : la distance du rachis au bord externe de l'épaule était diminuée, le membre vu de côté semblait dirigé en haut vers le dos, et en portant le coude en arrière, on exagérait la dépression offerte par le grand pectoral et les faisceaux antérieurs deltoïdiens, qui étaient allongés et aplatis sur la cavité glénoïde ; le sillon qui indique la limite de ces deux muscles était plus profond, plus marqué.

Les mouvements de supination de la main étaient rendus impossibles, par suite de la fixation de l'humérus dans une forte rotation en dedans : le plus haut degré de supination du radius parvenait seulement à placer de champ la paume de la main, tandis que les mouvements de pronation semblaient exagérés. Tout le membre était amaigri, d'un tiers moins gros que celui du côté gauche, habituellement froid : le malade ne pouvait s'en servir, à peine pouvait-il tracer quelques mots et il élevait difficilement la main jusqu'au menton.

Aucune circonstance ne paraissait contre-indiquer la réduction : M. Sédillot y procéda de la manière suivante :

Deux fois on essaya les moyens ordinaires de réduction en confiant à des aides l'extension et contre-extension et deux fois on échoua. Dans ces tentatives, la tête de l'humérus fut momentanément déplacée et portée en dehors de plus d'un demi-pouce.

Ces difficultés portèrent M. Sédillot à employer l'appareil suivant :

La première pièce, servant à la contre-extension, était

destinée à soutenir et à fixer l'épaule. Le plein en était placé sous l'aisselle. Une des extrémités remontait de là sur la clavicule, passant sur le bord supérieur du scapulum, sur l'épine de cet os, et allait se réunir, en croisant ainsi l'épaule à l'autre extrémité qui s'étendait horizontalement derrière le dos. Chacune de ces extrémités supportait un anneau traversé par un lien, dont les bouts étaient assujettis d'une manière immobile à un crochet en fer scellé dans un mur.

Une seconde pièce d'une forme ovulaire, et de 8 pouces de longueur devait encore servir à assujettir l'acromion (bandage acromial). Le milieu ou plein devait être placé sur cette apophyse, les deux extrémités portées en avant et en arrière de l'épaule étaient garnies d'anneaux.

Les liens qui y étaient attachés passaient dans les poulies fixées au plancher, et permettaient l'emploi de toutes les forces nécessaires pour abaisser l'omoplate de haut en bas, un peu dehors et en dedans.

Une troisième pièce ou brachiale était destinée à l'extension (bracelet adapté à un moufle), une longue bande de flanelle fut roulée autour du membre, depuis les doigts jusqu'au-dessus du coude, afin de prévenir l'engorgement. La pièce axillaire contenait l'épaule. Les deux anneaux scellés dans le mur pour soutenir les efforts extensifs et contre-extensifs, n'étaient pas sur le même plan. L'anneau destiné à la contre-extension était plus bas que l'autre (et que l'épaule), et la pièce placée sur l'épaule pressait obliquement de haut en bas sur l'acromion et sur le bord supérieur de l'omoplate ; de manière à empêcher cet os de basculer.

Tout étant convenablement disposé, une saignée d'un demi-litre fut pratiquée au bras gauche sans aucun effet de

syncope, et la traction commencée, elle dura huit à dix minutes : d'abord successive, elle fut ensuite rendue permanente d'intervalle à intervalle. Le malade se plaignait violemment, il accusait de vives douleurs au coude et demandait qu'on suspendît l'opération ; cependant nous apercevions la tête de l'humérus s'approcher peu à peu du bord externe de l'acromion, sans craquement, sans secousse, sans que la peau de l'aisselle et du bras fut tendue outre mesure.

Lorsque la tête de l'humérus eut dépassé le bord externe de l'acromion et qu'elle fut par conséquent au delà du niveau de la cavité glénoïde, j'essayai avec la main puis avec le genou, de la repousser sous l'acromion, en même temps que je portais le coude en arrière, et que j'imprimais au bras quelques mouvements de rotation : mais ces efforts restaient sans succès. Je fis alors appliquer le plein bandage acromial resté sans emploi, sur la face postérieure et supérieure du bras ; quatre aides en saisirent les cordes et tirèrent vigoureusement en avant, tandis que je tirais les cordes en arrière dans une direction absolument opposée : puis confiant cet effort à un aide, je plaçai mon avant-bras gauche sous l'aisselle, et je fis desserrer lentement le moufle au fur et à mesure que j'abaissais le coude. En combinant ces deux mouvements de bascule sur la tête de l'humérus, l'un qui tendait à la passer en avant, et l'autre à la faire saillir en dehors, nous eûmes la satisfaction de voir la tête s'engager sous l'acromion, s'y loger tout entière et le moignon de l'épaule se reformer ; cessant alors tout à fait l'extension du moufle le coude fut rapproché du corps et la luxation se trouva réduite.

OBSERVATION 28

(*Gazette Médicale*, 1834). Luxation de l'humérus dans la fosse sous-épineuse par M. Lepelletier du Mans.

M. B..., âgé de 55 ans, forte constitution, fait le 4 Juillet une chute dont il ne se rappelle pas bien les circonstances. Il paraît seulement que l'effort de la chute fut concentré sur l'épaule et le bras droits. Immédiatement après, douleur, déformation du membre, impossibilité d'exécuter les mouvements du bras. Ce ne fut que le 18 Août, 45 jours après l'accident, que M. Lepelletier fut appelé pour voir le malade. Il constata les symptômes suivants : inclinaison prononcée de la tête à droite ; déformation peu marquée de l'épaule de ce côté, agrandie cependant dans son étendue transversale, le deltoïde était très peu aplati et l'acromion à peine saillant ; l'humérus offrait une obliquité notable de haut en bas et d'arrière en avant ; et le membre demi-fléchi était entraîné tout entier dans cette direction. En conservant cette obliquité, le coude pouvait se rapprocher du tronc ; mais ce rapprochement était impossible, si l'on ramenait le membre dans une direction parallèle à celle du tronc. Le bras mesuré de l'acromion au coude offrait un allongement de 9 lignes. On voyait une tumeur dure, arrondie, vers la partie supérieure et extérieure de la fosse sous-épineuse dans la direction de l'humérus, tandis que l'aisselle était vide. L'épaule était aplatie en avant, et vers le milieu de cette dépression, s'apercevait à l'œil mais surtout au toucher, une saillie située sous l'extrémité scapulaire de la clavicule et formée par l'apophyse coracoïde. L'omoplate suivait les mouvements de l'humérus

auquel elle semblait fixée, toutefois les mouvements du bras en avant étaient libres, tandis qu'en arrière ils étaient douloureux et difficiles, et il était impossible de porter la main sur la tête.

La luxation reconnue, on procéda à la réduction. L'extension verticale indiquée par Withe et Mothe ne réussit pas. On fit donc l'extension horizontale à l'aide de lacs fixés au poignet. Les tractions furent d'abord faites en avant et en bas, puis horizontalement et en dehors, tandis que le chirurgien, portant son avant-bras gauche sous le bras luxé, le plus près possible de l'aisselle et saisissant le coude de la main droite, imprimait un mouvement de bascule à l'humérus, de manière à élever la tête de cet os. L'humérus céda et la réduction fut opérée ; l'épaule reprit sa forme normale et le bras la liberté de ses mouvements, On put alors s'assurer que l'omoplate ne présentait de ce côté ni du côté sain aucun vice de conformation propre à favoriser la luxation en dehors.

Après 20 jours d'appareil, le membre fut rendu par degrés à tous ses mouvements.

OBSERVATION 29.

(*American Journal Roentgenologie*, juin 1937).

G. W..., homme, nous a été présenté pour examen le 12 mai 1915 ; il avait été employé comme ouvrier des lignes électriques, et durant son travail au sommet d'un poteau, il a eu un contact avec une ligne de haute tension et tomba sur le sol.

En se relevant, il s'aperçut immédiatement qu'il ne pouvait faire usage de son bras gauche, il se présenta alors à divers médecins. Des examens radiographiques ont été faits

dans deux hôpitaux. On ne trouva donc rien d'anormal, puisqu'on ne lui fit aucun traitement.

Notre examen radiographique, consistant en vue verticale et antéro-postérieure montra une luxation postérieure de l'humérus, la tête engrenée sur le bord postérieur de la glène.

A la suite de notre rapport, le patient subit une anesthésie générale ; les adhérences furent rompues et la luxation fut réduite, quand le blessé se réveilla il avait une récupération fonctionnelle presque complète, quoi qu'il y eut une certaine limitation due à l'atrophie des muscles péri-articulaires.

Par la suite les mouvements normaux se rétablirent.

OBSERVATION 30.

(*American Journal Roentgenologie*, juin 1937).

S. J..., femme, fut examinée par nous au « Huron Road Hospital » le 5 juin 1935. Elle déclara que sept mois auparavant son bras droit fut tordu par une personne. Elle fut examinée par un médecin qui la traita pour entorse de l'épaule. On ne fit pas à ce moment-là de radiographie, et quand elle nous fut amenée elle se plaignait encore de douleurs dans les mouvements et de difficulté à lever son bras au-dessus du niveau de l'épaule, ainsi que d'une limitation considérable au mouvement de rétropulsion du bras.

Notre examen stéréoscopique consistant en une vue verticale et antéro-postérieure montrait une luxation sub-acromiale postérieure de l'humérus, avec la face antérieure du col anatomique de la tête humérale contre le bord postérieur de la glène. Il y avait aussi une masse

d'os de nouvelle formation sur la face postérieure du col de l'omoplate où une nouvelle surface de contact s'était formée.

Il est regrettable que nous n'ayions pas pu savoir comment et par quel procédé cette luxation ancienne de sept mois a pu être réduite.

Conclusions

1^o Les luxations postérieures traumatiques de l'épaule sont rares (moins de 2 % de luxations traumatiques) ;

Nous n'en avons colligé que 30 cas indiscutables dans la littérature ;

2^o Leur symptomatologie est telle que leur diagnostic est en général extrêmement facile : la vacuité de la glène et la tuméfaction postérieure ne laissent en général place à aucun doute ;

3^o Le cliché radiologique de profil est le seul qui fournisse des renseignements indiscutables ; le cliché de face peut donner l'impression d'une épaule normale ;

4^o On n'a jamais signalé de complications vasculaires ou nerveuses. Par contre, quelques cas exceptionnels de fracture de la cavité glénoïde (sans vérification radiologique) et d'infraction verticale de la partie antérieure de la tête humérale (avec radiographie) ont été publiés ;

5° La réduction peut toujours s'obtenir par manœuvres externes ; même dans certains cas de luxation vus tardivement, la réduction sanglante n'a jamais été nécessaire en ce qui concerne les cas indiscutablement traumatiques publiés dans la littérature ;

L'anesthésie générale peut être nécessaire pour faire la réduction.

Vu : le Président de thèse,

M. MATHIEU.

Vu : Le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

LUXATION POSTÉRIEURE DE L'ÉPAULE

- BABINI (R.). — Cinque casi di lussazione posteriore della spalla. *Policlinico* (sez. prat.), 37, 628-630, 28 avril 1930.
- CARAVEN (J.). — Luxation postérieure de l'épaule. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 57, 776-779, 20 mai 1931.
- CHAVANNAZ (G.), AUCHÉ (J.). — Luxation postérieure de l'épaule. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*. Séance du 23 février 1931.
- COOVER (C.). — Double posterior luxation of shoulder. *Pennsylvania M. J.*, 35, 566-567, mai 1932.
- COSTANTINI, CURTILLET (F.). — Luxation postérieure de l'épaule. *Société de Chirurgie d'Alger*, mai 1931.
- DARDEL (G.). — De la luxation postérieure sous-acromiale de l'épaule. *Arch. franco-belge de Chir.*, 32, 139-162, fév. 1930.
- LOGEN (E.). — Ueber die Behandlung der rückfälligen schulterverrenkung mit ursächlich eingestellten Operationsverfahren. *Beitr. z. klin. Chir.*, 138, 401-416, 1926.
- PEILLON (G.). — Luxacio humeri posterior. *Schweiz med. Wochenschrift*, 60, 19-20, 4 janv. Addendum, 60, 134, 8 février 1930.
- THOMAS (M. A.). — Posterior subbracromial dislocation of head humerus. *Am. J. Roentgenol.*, 37, 767-773, June 1937.
- PIEL (A.). — Thèse Strasbourg, 1851 : « Des luxations scapulo-humérales en arrière et en dehors ».

LORETA. — Conference cliniche sulle lussazioni Traumatiche.
Bologna, 1874.

VALTANCOLI. — Sulla lussazione posteriore della spala. *La chir.
degli organi di momento* (V-IV, fascicules 1-2, p. 171).

ROCHER (H. L.). — Deux cas de luxations postérieures trauma-
tiques de l'épaule. In *Bordeaux chirurgical*, avril 1939.

3223. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6-1939
